



Anmeldung zum Kurs

„RückenPOWER“

(Präventionsmaßnahme nach §20 SGB V)

Hiermit melde ich, Frau/Herr _____ geb. _____, mich verbindlich zu dem Kurs „RückenPOWER“ beginnend am **Mittwoch, 22. April** um **08:30 Uhr** bei PhysioSportMed (Robert-Bosch-Strasse 32C; 63303 Dreieich) an.

Der Kurs geht über 10 x 1 Stunde.

Ich versichere, dass ich keine akut behandlungsbedürftigen Rückenleiden habe (sonst siehe Eingangs-Fragebogen).

Die Kursgebühr in Höhe von 180,- Euro zahle ich vor der ersten Kurseinheit. (Auf Anfrage können die Krankenkassen bis zu 80 % erstatten.) Bei kurzfristiger Absage, weniger als zwei Wochen vor Beginn des Kurses, wird mir die Kursgebühr in Rechnung gestellt.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Die Anmeldung und ggf. ausgefüllten Fragebogen bitte per Mail an kurse@physiosportmed.com senden oder direkt in der Praxis abgeben. Sie erhalten anschließend zeitnah eine Anmeldebestätigung per E-Mail.



Eingangsfragebogen für Präventionsangebote bei PhysioSportMed

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft aus. Die Informationen unterstützen Ihre persönliche Betreuung während des Trainings.

Name:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ/Wohnort:
Telefon:	Krankenkasse:
E-Mail:	
Körpergröße:	Körpergewicht:

1.)

Wie beurteilen Sie Ihren jetzigen allgemeinen Gesundheitszustand?									
ausgezeichnet.....					sehr schlecht				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bitte kreuzen Sie einen Wert auf der Skala 1 = ausgezeichnet bis 10 = sehr schlecht an.									

2.)

Wie beurteilen Sie Ihren jetzigen, allgemeinen Fitnesszustand?									
ausgezeichnet.....					sehr schlecht				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bitte kreuzen Sie einen Wert auf der Skala 1 = ausgezeichnet bis 10 = sehr schlecht an.									

3.)

Betreiben Sie regelmäßig Ausgleichssport?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

4.)

Haben Sie Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben/Hatten Sie eine Wirbelsäulenerkrankung (z.B. Bandscheibenvorfall, Skoliose, Mb. Bechterew,..)? Wann ja, wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie wegen einer anderen orthopädischen, internistischen oder neurologischen Begleiterkrankung in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ihre Angaben können für Statistiken oder andere wissenschaftliche Studien und Auswertungen verwendet werden, selbstverständlich ohne Ihre persönlichen Daten.

Vereinbart wird ein Präventionskurs zur Gesundheitsförderung. Die durchgeführten Leistungen dienen ausschließlich der Vorbeugung, nicht der Behandlung eines akuten Krankheitsbildes. Der Kunde versichert hiermit, keine akuten Beschwerden zu haben, die im Zusammenhang mit der geplanten Maßnahme stehen. Die Teilnahme erfolgt auf eigenes Risiko, wobei der Umfang unserer Betriebs- und Berufshaftpflicht davon nicht eingeschränkt wird.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____